



**Para 4K a Grado 12<sup>o</sup>**  
**Autorización para Recibir la 2016-2017**  
**Vacuna Inactivada contra la Influenza (Inyectable)**

La información coleccionada en esta forma se usará para documentar la autorización para el recibo de la vacuna contra la influenza inyectable (vacuna antigripal) en la escuela de su hijo. Esta información puede ser compartida por el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de cuidado de salud directamente involucrados con su hijo.

Nombre del Niño: ----- <b>POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON PLUMA</b> -----			Fecha de Nacimiento (mm-dd-yyyy) - -	
Apellido:	Nombre:	Medio Nombre:		
Dirección			Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono ( )	
Raza (Indique uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano			Etnicidad (Indique Uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
El Apellido de Soltera de la Madre: (Apellido, Nombre)		Nombre de la Escuela		Grado
Nombre del Padre o Tutor Responsables del Niño si es menor de 18 años: (Apellido, Nombre)			Relación al niño	

**Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos decidir si el niño puede recibir la 2016-2017 vacuna contra la influenza (vacuna contra la gripe).**

- Sí  No ¿Tiene alergia a los huevos su hijo?
- Sí  No ¿Tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza/gripe su hijo?
- Sí  No ¿Ha tenido alguna vez el Síndrome Guillain-Barre (una grave debilidad temporal de los músculos) su hijo?
- Sí  No Doy permiso para que mi hijo sea sostenido durante la administración de la vacuna si es necesario.

Otros comentarios del padre/tutor legal:

He leído o me han explicado la declaración de información de Vacuna inactivada contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna solicitada y pido que le administre la vacuna a la persona nombrada arriba de quien yo estoy autorizado a hacer esta solicitud por el Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac County. **Si mi hijo(a) es menor de 9 años de edad este consentimiento autoriza la segunda dosis de vacuna si es indicado médicamente.** El consentimiento puede ser revocado notificando al Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac al (920) 929-3085.

Doy permiso para compartir los registros de inmunización de mi niño que se prestan a la escuela con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin y mi Proveedor de las Vacunas con el fin de mantener un registro completo y preciso para ayudar a asegurar la inmunización completa. Haga clic aquí si usted no da su permiso para compartir:

<b>FIRMA</b> - Persona a recibir la vacuna o la persona autorizada para firmar en nombre del paciente.  <b>X</b>	Fecha Firmada
--	---------------

Notas: Para Persona de la Escuela/Departamento de Salud

DOSE #1 Date: \_\_\_\_\_ IM: RD LD RV LV

DOSE #2 Date: \_\_\_\_\_ IM: RD LD RV LV

Manufacturer \_\_\_\_\_ Lot # \_\_\_\_\_

Manufacturer \_\_\_\_\_ Lot# \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_, RN

SIGNATURE: \_\_\_\_\_, RN